

*І. О. Явдак*

**КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ РЕЗИСТЕНТНИХ ФОРМ НЕВРАСТЕНІЇ**

*И. А. Явдак*

**Клинические признаки резистентных форм неврастении**

*I. O. Yavdak*

**Clinical signs of resistant forms of neurasthenia**

В роботі подано результати клініко-психопатологічного дослідження, присвяченого аналізу клінічних особливостей резистентних форм неврастенії. Обстежено 50 хворих на неврастенію, з яких 21 (42,0 %) — з ознаками резистентності (основна група) та 29 (58,0 %) — без ознак резистентності (контрольна група). Встановлено, що клінічна картина резистентних форм неврастенії характеризується переважно зтяжним типом формування хвороби; наявністю виразної соматизації та афективної симптоматики у вигляді депресивних та дисфоричних проявів; превалюванням в синдромологічній структурі складних синдромокомплексів з включенням до провідної астеничної симптоматики депресивних, іпохондричних та сенестопатичних проявів.

**Ключові слова:** резистентність, неврастенія, клінічна картина

В работе представлены результаты клинико-психопатологического исследования, посвященного анализу клинических особенностей резистентных форм неврастении. Обследовано 50 больных неврастение, из которых 21 (42,0 %) — с признаками резистентности (основная группа) и 29 (58,0 %) — без признаков резистентности (контрольная группа). Установлено, что клиническая картина резистентных форм неврастении характеризуется преимущественно зтяжним типом формирования болезни; наличием выраженной соматизации и афективной симптоматики в виде депрессивных и дисфорических проявлений; доминированием в синдромологической структуре сложных синдромокомплексов с добавлением к ведущей астенической симптоматике депрессивных, ипохондрических и сенестопатических проявлений.

**Ключевые слова:** резистентность, неврастения, клиническая картина

The paper presents the results of clinical psychopathological study on the analysis of the clinical signs of drug-resistant forms of neurasthenia. The study involved 50 patients suffering from neurasthenia, among which 21 patients (42.0 %) demonstrated signs of resistance (the main group) and 29 patients (58.0 %) demonstrated no signs of resistance (control group). The clinical picture of drug-resistant forms of neurasthenia was proved to be characterized mainly by disease progression of protracted type; by evidence of somatization and affective disorders manifested as depression and dysphoria; by dominance of complicated symptom complexes with additional depression, hypochondria and cenesthopathy manifestations alongside with leading asthenic symptoms in syndromological structure.

**Key words:** resistance, neurasthenia, clinical picture

За останні роки, у зв'язку з соціально-економічними змінами, значно збільшилась кількість невротичних та пов'язаних зі стресом психічних розладів. При цьому істотно змінились не тільки показники епідеміології, а і клінічні прояви сучасних невротичних розладів. Значно збільшилась кількість пацієнтів молодого віку, зменшилась частота «чистих» неврозів, спостерігається зближення різних проявів невротичних розладів (інтернозологічний патоморфоз) [2, 3]. Особливої уваги заслуговує збільшення кількості зтяжних, важкокурабельних, резистентних форм неврозів, що сприяють порушенню соціального функціонування хворих та значно погіршують якість життя хворих та їхнього оточення [1, 4, 5]. Однак саме питання резистентності невротичної хвороби є однією з надскладних тем сучасної теорії та практики психіатрії, наукові дослідження та розробки в цьому напрямку майже відсутні. Тому вивчення феномену резистентності невротичних розладів, їх своєчасне прогнозування, діагностика та профілактика залишаються актуальними та визначають основний напрямок цього дослідження.

Мета дослідження — вивчення клініко-психопатологічних особливостей резистентних форм неврастенії для удосконалення критеріїв їх прогнозування.

Обстежено 50 хворих на неврастенію (F 48.0, відповідно до критеріїв МКХ-10), з яких 21 (42,0 %) — з ознаками резистентності (основна група) та 29 (58,0 %) — без ознак резистентності (контрольна група). Розподіл пацієнтів на групи порівняння проводили на підставі оцінення редукції клінічної симптоматики, стабільності психічного стану та відновлення психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Як інструментарій дослідження використовували клініко-психопатологічний метод, що включав вивчен-

ня анамнезу і клінічного стану хворих, та доповнювали використанням опитувальника Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) для оцінення виразності психопатологічної симптоматики [6]. Оброблення отриманих даних проводили за допомогою комп'ютерних програм Excel та Statistica Electronic Manual Features 6.0, використовували методи описової та порівняльної статистики.

За даними аналізу супутньої соматичної патології отримано, що хворі з резистентними формами неврастенії до моменту звернення до психіатра достовірно частіше отримували медичні консультації різних фахівців, проходили всебічні обстеження, курси лікування, в результаті чого їм достовірно частіше (в 100 % випадків), ніж хворим контрольної групи (в 65 % випадків), встановлювали різноманітні діагнози (вегето-судинна дистонія, гіпертонічна хвороба, наслідки черепно-мозкової травми, дисциркуляторна енцефалопатія, холецистит, гастроуденіт, коліт, аутоімунний тиреоїдит, хронічний риніт, нейродерматит та ін.).

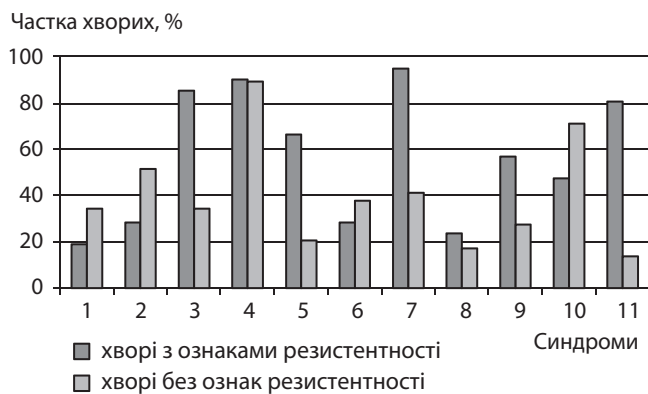
Аналіз початку формування неврастенії в обстежуваних хворих продемонстрував, що серед хворих на неврастенію з ознаками резистентності превалювали пацієнти із зтяжним (66,67 %) та підгострим (23,81 %) початком захворювання, тоді як у хворих без ознак резистентності початок хвороби був переважно гострим (37,93 %) та підгострим (41,38 %).

Аналізуючи особливості отримання медичної допомоги хворими обох груп, слід зазначити, що жодний з обстежуваних не звернувся до психіатра безпосередньо після початку хвороби. Усі хворі, до того як потрапили в поле зору психіатра, обстежувалися у фахівців загальносоматичної мережі і лише тільки через кілька місяців або років були направлені до лікаря-психіатра.

Пацієнти обох груп рівнозначно позитивно ставилися до лікування у психіатра: 76,19 % хворих основної

та 75,86 % контрольної груп, і лише 23,81 % хворих основної групи та 24,14 % хворих групи порівняння з побоюванням сприймали лікування у психіатра.

Синдромальна структура неврастенії в порівняльному аспекті двох досліджуваних груп графічно подана на рис. 1. Згідно з наведеними даними, провідним синдромом у обстежуваних обох груп був астеничний, тобто психопатологічна симптоматика в обстежуваних хворих формувалась на тлі вираженої астенії (90,48 % хворих основної групи та 89,66 % хворих групи контролю). При цьому в клінічній картині хворих на неврастенію без ознак резистентності достовірно частіше спостерігались агріпнічний (71,43 % хворих групи контролю та 47,62 % хворих основної групи), тривожний (51,72 % хворих групи контролю та 28,57 % хворих основної групи) та емоційно лабільний (34,48 % хворих групи контролю та 19,05 % хворих основної групи) синдроми.



1 — емоційно лабільний; 2 — тривожний; 3 — депресивний; 4 — астеничний; 5 — іпохондричний; 6 — соматовегетативний (пароксизмальний); 7 — соматичний (перманентний); 8 — фобічний; 9 — сенестопатичний; 10 — агріпнічний; 11 — «обмежувальна» поведінка

Рис. 1. Синдромологічна структура неврастенії у хворих основної та контрольної груп

Клінічні ж прояви у хворих на неврастенію з резистентним типом перебігу характеризувались формуванням більш складних синдромокомплексів з включенням депресивних (85,71 % хворих основної групи на відміну від 34,48 % хворих групи контролю), іпохондричних (66,67 % хворих основної групи на відміну від 20,7 % хворих групи контролю), сенестопатичних (57,14 % хворих основної групи на відміну від 27,59 % хворих групи контролю) розладів та достовірним збільшенням соматовегетативних проявів за рахунок формування перманентних соматичних розладів (95,24 % хворих основної групи при 41,4 % хворих групи контролю). При цьому тривожні розлади спостерігались рідше, ніж у хворих групи контролю. Цій факт демонструє, що тривожні прояви і переживання у хворих на неврастенію з резистентним перебігом «нівельувались», трансформуючись у більш складні за структурою і курабельністю синдромокомплекси.

Враховуючи отримані в ході дослідження особливості синдромальної структури у хворих на неврастенію, можна припустити, що наявність в клінічній картині тривоги є чинником, який «мобілізує» і спрямований на пошук способів подолання хвороби, виходу зі складної ситуації. При подальшій трансформації тривоги в інші синдроми, знижується біологічна стимульність до змін і хвороба може приймати стійкий (резистентний) характер.

Висока представленість в клінічній картині перманентних соматичних розладів свідчить, що саме соматизація психоемоційного стану з наступним формуванням іпохондричного та сенестопатичного синдромокомплексів сприяє розвитку резистентності у обстежуваних.

Формування у хворих на неврастенію з резистентним перебігом перманентного соматовегетативного, депресивного, іпохондричного та сенестопатичного синдромів у 80,95 % спостережень сприяло формуванню специфічної «обмежувальної поведінки», яка характеризується залежністю хворого від соматичного стану та обмеженням його соціальної активності.

Як свідчать дані рис. 1, фобічні розлади в клінічній картині спостерігались достовірно рідше у хворих на резистентні форми неврастенії (23,81 % хворих основної групи та 17,24 % хворих групи контролю). Пацієнти відзначали переважно страх перед серйозним соматичним захворюванням або страх в структурі пароксизмальних соматовегетативних розладів, який мав помірний характер і не був ключовим у формуванні психопатологічної структури хвороби.

Таким чином, синдромоутворення у хворих на резистентні форми неврастенії характеризується формуванням на тлі провідної астеничної симптоматики депресивних та перманентних соматовегетативних розладів, що сприяє ускладненню клінічної картини з приєднанням іпохондричних та сенестопатичних симптомів, в результаті чого формується специфічна «обмежувальна поведінка» у вигляді залежності хворого від соматичного стану та обмеження їм власної соціальної активності.

Для більш ретельного аналізу стану хворих та об'єктивізації даних було проведено обстеження за шкалою SCL-90-R. Отримані результати графічно подані на рисунку 2.



Умовні позначення шкал: SOM — соматизації (Somatization); O-C — obsесивності-компульсивності (Obsessive-Compulsive); INT — міжособистісної сенситивності (Interpersonal Sensitivity); DEP — депресії — (Depression); ANX — тривожності (Anxiety); HOS — ворожості (Hostility); PHOB — фобічної тривожності (Phobic Ideation); PAR — паранояльних тенденцій (Paranoid Ideation); PSY — психотизму (Psychoticism); \* — вірогідність різниць на рівні  $p \leq 0,05$

Рис. 2. Виразність психопатологічної симптоматики у хворих на неврастенію основної та контрольної груп (за даними шкали Symptom Check List-90-Revised)

Згідно з отриманими даними, хворі на неврастенію обох досліджуваних груп, незалежно від типу перебігу захворювання, характеризувались переважанням в психоемоційному стані депресивної симптоматики та соматизації, що відображало загальну для обох груп нозологічну специфіку клінічних проявів. При цьому хворі на резистентні форми неврастенії характеризувались значно вищим рівнем соматизації (1,53 бали), депресивності (1,66 бали) та ворожості (1,29 бали), в порівнянні з контрольною групою, де ці показники склали, відповідно 0,92; 1,12; 0,83 бали, при  $p \leq 0,05$ ). Тобто резистентні хворі відрізнялись значною виразністю депресивної симптоматики та соматичного дискомфорту, що виявлялось в наявності високого ступеня виразності афективних реакцій та депресивних почуттів, таких як відчуття безнадійності, відсутність інтересу до життя, недостатність мотивації та втрата життєвої енергії у зв'язку з значним відчуттям тілесної дисфункції. Окрім цього, високі показники рівня ворожості у хворих на резистентну неврастенію свідчили про їхню схильність до проявів афективного стану у вигляді роздратування, обурення, що в поєднанні з депресивною симптоматикою виявлялось у вигляді дисфоричних реакцій.

Отже, за даними шкали SCL-90-R, хворі з резистентним типом перебігу неврастенії характеризувались високим рівнем соматизації (відчуттям тілесної дисфункції), виразним рівнем депресивної симптоматики та схильністю до проявів афективного стану у вигляді роздратування і нервовості.

В цілому за результатами дослідження як клінічні особливості резистентних форм неврастенії встановлені: наявність соматоневрологічної обтяженості; переважно затяжний тип формування хвороби; наявність складних синдромокомплексів з включенням до провідної астеничної симптоматики депресивних, іпохондричних та сенестопатичних проявів і формуванням астено-депресивного, астено-іпохондричного, астено-сенестопатичного, астено-депресивно-іпохондричного та інших складних синдромокомплексів; наявність в клінічній картині виразної соматизації, тобто відчуття соматичного дискомфорту та афективної симптоматики у вигляді депресивних та дисфоричних проявів.

Визначені клінічні особливості резистентних форм неврастенії мають бути враховані під час діагностики та формування терапевтичних програм, що дозволить своєчасно виявляти осіб з ризиком розвитку резистентності та вживати заходи щодо її попередження.

#### Список літератури

1. Васильєва А. В., Караваєва Т. А., Полторак С. В. Затяжные формы невротических расстройств: клинико-психопатологические аспекты и вопросы терапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2012. № 4. С. 81—87.
2. Громов, Л. А. Общие и частные проблемы терапевтической резистентности / Л. А. Громов // Рациональная фармакотерапия. 2011. № 2. С. 13—17.
3. Караваєва Т. А. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен / Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2010. № 1. С. 13—17.
4. Марута Н. О., Рачкаускас Г. С., Явдак І. О. Синдромоутворення при резистентних дисоціативних розладах (психопатологічні механізми невротогенезу) // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 1 (78). С. 72—75.
5. Резистентні тривожно-фобічні розлади (чинники формування та методи корекції) / Н. О. Марута, І. О. Явдак, С. П. Колядко, О. С. Череднякова // Таврический журнал психиатрии. 2013. Т. 16, № 3 (64). С. 116—123.
6. Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Н. В. Тарабриной. СПб. : Питер, 2001. 272 с.

*Надійшла до редакції 10.08.2016 р.*

**ЯВДАК Ірина Олександрівна**, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: iyavdak@ukr.net

**YAVDAK Iryna**, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: iyavdak@ukr.net